

RAFAELLA DUSI DE SOUZA

**PRÁTICAS PARENTAIS E SUA RELAÇÃO COM A ALIMENTAÇÃO  
INFANTIL – UM ESTUDO PILOTO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à  
Universidade de Brasília, UnB, como parte dos  
requisitos para obtenção do grau de Nutricionista.

**Orientadora: Karin Eleonora Savio de Oliveira**

**Co-orientadora: Renata Alves Monteiro**

**Doutoranda: Amanda Branquinho Silva**

**BRASÍLIA**

**2013**

## Introdução

Na infância se dá o momento mais relevante da construção dos hábitos alimentares, e nos primeiros anos de vida, as informações apreendidas são enraizadas, e tendem a se tornar o que será o padrão de consumo futuro. A alimentação durante a infância é determinante tanto nos fatores que interferem no crescimento e desenvolvimento regular da criança, quanto nos fatores que são associados à prevenção de doenças que podem surgir na fase adulta. Visto que, dentro do contexto da nutrição, é nessa fase da vida que são criados os hábitos e preferência alimentares – através de interações com o meio e com o cuidador, é de suma importância que as crianças sejam acompanhadas - tanto pela família quanto pelas instituições de ensino - em relação aos aspectos alimentares, pois, por exemplo, introdução de bons hábitos alimentares e processos educativos relacionados à alimentação serão melhores assimilados nesse período. A estratégia de alterações nas características sensoriais dos alimentos pode ser aliada na construção e remodelação das preferências alimentares.<sup>1,2,3</sup>

Os pais influenciam diretamente o estilo alimentar dos filhos por meio de seus próprios comportamentos alimentares e atitudes. Eles controlam o que estará ou não disponível para a alimentação das crianças, e a partir daí, repassam como molde seus hábitos, permitindo que a criança tenha autonomia para desenvolver suas preferências alimentares. Essas utilizam como modelos o que observam dos pais, e reproduzem no desenvolvimento dos seus hábitos. A influência parental pode ser determinada por cultura, religião, questões sociais, e outros, porém, é sabido que mecanismos comumente utilizados como, por exemplo, restrição, pressão ou controle de ingestão podem influenciar/interferir na capacidade das crianças de desenvolverem mecanismos de auto-regulação da ingestão.<sup>4,2</sup>

A influência parental na alimentação dos filhos pode ser investigada por instrumentos, tais como os desenvolvidos pela autora Birch<sup>5</sup> e colaboradores, em 2001, em seu artigo *“Confirmatory factor analysis of the child feeding questionnaire: A measure of parental attitudes, beliefs, and practices about child feeding and obesity proneness.”* e o instrumento que as autoras Musher-Eizenman e Holub<sup>6</sup> em 2007 desenvolveram em seu artigo: *“Comprehensive Feeding Practices Questionnaire: Validation of a New Measure of Parental Feeding Practices”*. Vale ressaltar que não existe um instrumento do gênero que tenha passado por processo de validação para uso no Brasil, e que esse processo é importante para adaptá-lo às realidades da população

que será alvo da pesquisa. Para que um instrumento já existente em outra língua possa ser utilizado em um novo país, é necessário que este passe por um processo de tradução, adaptação cultural e validação. Soárez<sup>7</sup> (2007) aponta que a etapa de validação investiga se o instrumento é capaz de coletar os dados que se propõe naquela nova realidade em que será aplicado.

A validação é importante, pois quanto maior a validação do mesmo instrumento em diferentes populações, mais comparações entre os estudos podem ser feitas e resultados mais concretos podem ser obtidos em pesquisas<sup>7</sup>.

A coleta de dados via internet visa atingir maior diversidade na amostra estudada. A pesquisa on-line, conforme explicita Gil<sup>8</sup>, permite uma facilidade na coleta dos dados para posterior análise, menores gastos com a pesquisa, a garantia de anonimato e permite que o respondente escolha o melhor momento para o preenchimento das questões. Barbosa<sup>9</sup>, em 2009, descreve que é imprescindível em instrumentos de coleta de dados online que sejam determinados e bem definidos os objetivos, a declaração do compromisso quanto ao anonimato e sigilo das informações obtidas, explicitar o tempo necessário para o preenchimento e testá-lo previamente antes de disponibilização ao público.

Com a finalidade de preencher uma lacuna sobre o tema, o presente estudo busca avaliar influência parental no comportamento alimentar de crianças em idade pré-escolar, investigando comportamentos dos pais relacionados à recompensa, ao monitoramento, à pressão, à restrição, ao incentivo ao equilíbrio e variedade, ao exemplo dos pais, entre outros.

Este trabalho faz parte de um projeto piloto da pesquisa de doutorado intitulada “Práticas parentais e sua relação com a alimentação infantil” de Amanda Branquinho, realizada no Programa de Pós Graduação em Nutrição Humana da Universidade de Brasília.

## **Materiais e Métodos**

**Revisão de Literatura** – foi realizada uma revisão de literatura com foco nos seguintes temas: alimentação infantil, influência parental na alimentação infantil, validação de questionários e hábitos alimentares em crianças pré-escolares. O foco principal esteve em artigos do ano 2000 ao ano 2013, porém, artigos com datas anteriores a essas podem ser utilizados como base teórica se forem de grande relevância. Os termos “hábitos

alimentares infantis” (*child feeding habits*) “alimentação infantil” (*child feeding*); “influência parental na alimentação” (*parental influence on child feeding*); validação de questionários (*validation on questionnaire*); estudo piloto (*pilot study*) e ferramenta de pesquisa SurveyMonkey© (*SurveyMonkey questionnaire tool*) foram utilizados na pesquisa dos artigos. Foram selecionados artigos na língua inglesa e portuguesa para utilização na revisão bibliográfica. As bases de dados utilizadas para busca foram LILACS, Scielo, PubMed, BVSsalud. Inicialmente os artigos foram filtrados pela relevância do título, após isso lidos os resumos, e os que tiveram informações pertinentes à revisão bibliográfica foram selecionados para leitura completa. Posterior à leitura completa, foram selecionados os artigos com relevância para integrarem a revisão, e desses, foram agrupadas as informações semelhantes encontradas em cada um, a fim de produzir um resumo crítico sobre cada tópico em questão.

**Tradução e adaptação do questionário** - O *Comprehensive feeding practices questionnaire* (CFPQ) proposto por Musher-Eizenman e Holub<sup>6</sup> foi traduzido e adaptado em uma etapa prévia do estudo da Doutoranda Amanda Branquinho, realizado pela aluna de graduação Giovanna Soutinho Araújo, em 2013. O questionário que foi validado no estudo possui 49 questões, com respostas em escala de atitude, do tipo Likert, com escala de respostas psicométricas. Os 49 itens enquadram-se na escala tipo Likert de concordância de cinco pontos (com respostas variando de discordo totalmente a concordo totalmente). As questões relacionam-se a doze fatores que medem as práticas alimentares dos pais: **(1) controle da criança:** os pais deixam o controle da alimentação ser feito pela criança; **(2) regulação emocional:** pais usam a comida para controlar os estados emocionais da criança; **(3) incentivo ao equilíbrio e variedade:** os pais proporcionam o equilíbrio e variedade na alimentação dos seus filhos, influenciando em escolhas saudáveis; **(4) ambiente:** os pais deixam alimentos saudáveis disponíveis em casa; **(5) alimento como recompensa:** pais utilizam a comida como recompensa ao bom comportamento do seu filho; **(6) envolvimento:** pais estimulam o envolvimento dos seus filhos no planejamento e preparação das refeições; **(7) modelo:** pais comem alimentos saudáveis para dar exemplo aos seus filhos; **(8) monitoramento:** pais ficam atentos no consumo de alimentos menos saudáveis pelos seus filhos; **(9) pressão:** pais pressionam seus filhos a comerem mais nas principais refeições; **(10) restrição por saúde:** pais controlam o consumo de comida dos seus filhos com o propósito de limitar comidas menos saudáveis e doces para manter seus

filhos mais saudáveis; **(11) restrição para controle do peso:** pais controlam o consumo de comida dos seus filhos com o objetivo de diminuir ou manter o peso deles; **(12) ensino sobre nutrição:** pais ensinam o valor nutricional dos alimentos aos seus filhos para incentivar o consumo de alimentos saudáveis.

**Criação da versão on-line do questionário-** A inserção do questionário no programa SurveyMonkey© © serviço na *web* que permite, a partir do navegador, a criação de questionários eletrônicos – foi feita inserindo questão por questão, e escolhendo o tipo de resposta configurada para cada uma (escala, matriz, múltipla escolha, caixa de texto - exemplo – escala – as resposta possíveis para uma pergunta ou afirmação são: “discordo totalmente, discordo em parte, neutro, concordo em parte, concordo totalmente”). A página inicial da pesquisa continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - que informava o título da pesquisa, sua natureza, a justificativa e os objetivos, os possíveis desconfortos e benefícios, a possibilidade do sujeito se recusar a participar da pesquisa sem nenhum prejuízo, a garantia do anonimato do sujeito e a confidencialidade dos dados coletados. Ao final existia um campo onde o indivíduo declarava se aceitava ou não participar da pesquisa após ter sido informado sobre os seus aspectos. Caso o sujeito não concordasse com o descrito no TCLE, ao clicar na opção “não concordo” o questionário era automaticamente encerrado pelo programa SurveyMonkey©. No caso do *Comprehensive feeding practices questionnaire* traduzido (CFPQt) as respostas foram configuradas no programa como de “múltipla escolha com apenas uma opção de resposta” onde o respondente seleciona uma das cinco opções entre “Discordo Totalmente e Concordo Totalmente”. Os questionários de frequência alimentar (QFA), direcionados um para a alimentação das mães e um para a dos filhos, foram inseridos no programa configurados em forma de matriz, onde uma tabela era gerada. O questionário para avaliação dos dados socioeconômicos e demográficos foi o penúltimo questionário a ser apresentado ao respondente da pesquisa, e nas configurações de seus itens existe a possibilidade de respostas abertas e de respostas de múltipla escolha com mais de um item a ser marcado. Por último, foi aplicado o questionário de avaliação do projeto Piloto, dentro dele as mães foram solicitadas a preencher um formulário de avaliação do entendimento do questionário, que investigou se surgiram dúvidas ao longo do preenchimento, o tempo gasto por elas, se algum item gerou problemas de interpretação, entre outros.

**Amostra ou Casuística** - A etapa do estudo piloto foi realizada na cidade de Brasília, no Distrito Federal, e pretendeu coletar respostas completas de aproximadamente 20 mães de crianças de dois a cinco anos. As mães deveriam ter acesso à internet para poder participar da pesquisa, e grau de instrução que permita a utilização do computador. As mães foram captadas na rede social Facebook®, e abordadas de forma individual, por meio de mensagem, após responderem se enquandram-se nos critérios de inclusão e exclusão). Foi disponibilizada uma mensagem aberta no “mural” do Facebook® explicando sobre a pesquisa e pedindo a colaboração das pessoas que se enquadrassem no perfil da população estudada, ou que conhecessem pessoas com o perfil desejado. As pessoas que se manifestaram, ou que foram indicadas, foram então abordadas de forma individual, e após manifestarem interesse, receberam o link da pesquisa.

**Crítérios de Inclusão e Exclusão de participantes da pesquisa** - foi utilizado como critério de inclusão ser do sexo feminino, brasiliense, mãe de crianças de dois a cinco anos e possuir acesso à rede social na qual foi distribuído o questionário – Facebook®. Entram nos critérios de exclusão mães de crianças que apresentavam algum tipo de alergia ou intolerância alimentar.

**Coleta de Dados** - Ao finalizar a montagem da versão on-line, ficou disponível (do dia 15 de Junho de 2013 ao dia 21 de junho de 2013 - até que fosse atingido o número desejado de questionários completos respondidos) um link para distribuição para o público alvo do questionário da pesquisa. O monitoramento foi constante, para quando fosse atingido o número de pessoas desejadas, o link fosse configurado para ficar indisponível para ser respondido.

**Análise dos dados:** a análise dos dados foi feita utilizando os resultados gerados pelo programa SurveyMonkey© , inserindo-os no programa de tratamento estatístico SPSS 20 (2010) (*Statistical Package for the Social Sciences*),. Foram feitas análises descritivas dos dados coletados que permitem traçar o perfil da população. Quanto aos dados do questionário *Comprehensive feeding practices questionnaire* traduzido (CFPQt), dos Questionários de Frequência Alimentar e dos dados de idade e antropometria, as análises foram feitas observando o desvio padrão, a média, a moda, os

valores mínimos e máximos. As variáveis restantes foram combinadas, e avaliadas com a correlação de Spearman, assumindo significância de 95%.

Os valores das médias das respostas do *Comprehensive feeding practices questionnaire* traduzido foram comparados com as médias do estudo original e definiu-se divergência quando o valor variava mais que 0,5 do valor de referência - significativas em relação ao de Musher<sup>6</sup> considerando as 49 variáveis (34%). Análises sobre as falhas do questionário e possíveis melhorias também foram desenvolvidas.

## **Resultados e Discussão**

### **Captação dos participantes**

O link da pesquisa foi enviado por mensagem privada do Facebook® para cento e trinta e cinco mães (135). Chegou-se a esse número de sujeitos, por ter sido o número de pessoas que se manifestaram, ou que foram indicadas, após ter sido disponibilizada no Facebook® a mensagem informando sobre a realização da pesquisa. É interessante ter contado com um número de pessoas para enviar o questionário maior que o esperado como amostra, pois em seu estudo, Coeli<sup>25</sup> afirma que a recusa de participação no início da pesquisa, ou ao longo de seu seguimento podem criar vieses de seleção, e que fatores como idade, sexo e estado conjugal, por exemplo, podem influenciar a participação ou não em alguns tipos de estudo. Um número grande de envios dos questionários pode diminuir o surgimento de vieses.

Após ter sido disponibilizado on-line, o programa SurveyMonkey® contabilizou quarenta (40) acessos à pesquisa. Desses, cinco (5) são descartados por terem sido contabilizados acessos para testar as configurações, feitos pela equipe desenvolvedora do questionário. O questionário foi configurado com duas perguntas filtro, que finalizavam o questionário caso não fossem respondidas conforme o esperado para que se encaixasse na população do estudo. A primeira questão filtro era “Você é mãe de criança que possui hoje a idade entre 2 a 5 anos e 11 meses?”, e foi respondida com “Sim”, pelas trinta e cinco (35) mães que participaram da pesquisa. A resposta “Sim” para essa questão dava continuidade ao questionário. A segunda pergunta filtro era “Esse seu filho possui algum tipo de intolerância ou alergia alimentar?” – que era um dos critérios de exclusão da pesquisa - e caso fosse respondida com “Sim” finalizaria o questionário. Das trinta e cinco (35) mães que avançaram para essa questão, cinco (5) responderam sim, e tiveram o questionário encerrado. Das trinta (30)

mães que avançaram para a próxima etapa da pesquisa - o questionário de práticas parentais - por algum motivo, três delas não responderam a etapa seguinte, contabilizando vinte e sete (27) respostas completas ao questionário de práticas parentais. A próxima etapa era composta por um questionário de frequência alimentar direcionado para a alimentação dos filhos e outro para a alimentação das mães, e foi respondida por vinte e cinco mães (25). Após isso, todas essas também responderam as questões de cunho sócio-econômico-demográfico, porém, ao chegar a parte que se tratava de dados da criança, como peso e comprimento ao nascer, mais três (3) mães abandonaram o preenchimento, restando vinte e duas. Dessas restantes, todas completaram a pesquisa, totalizando vinte e dois (22) questionários respondidos até o final.

### Perfil da População

O perfil da população do estudo segundo idade, número de filhos, escolaridade, licença maternidade, renda familiar, e aspectos sobre aleitamento materno e alimentação complementar estão apresentados na tabela abaixo:

**Tabela 1 – Caracterização da população do de mães e crianças segundo parâmetros sócio-demográficos e aspectos sobre aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, DF, 2013.**

| Característica                            | N  | %    | Média/Desvio Padrão                                 |
|---|----|------|---|
| <b>Idade das mães (n=25)</b>              |    |      |   |
| de 20-29 anos                             | 14 | 56   | Média = 29 anos/<br>DP <sub>±</sub> = 6,7 anos      |
| de 30-39 anos                             | 10 | 40   |   |
| de 40-49 anos                             | 1  | 4    |   |
| <b>Idade das crianças em meses (n=22)</b> |    |      |   |
| de 24-40 meses                            | 8  | 36,4 | Média = 44,9 meses/<br>DP <sub>±</sub> = 14,2 meses |
| de 41-57 meses                            | 10 | 45,5 |   |
| de 58-71 meses                            | 4  | 18,1 |   |
| <b>Número de Filhos (n=25)</b>            |    |      |   |
| Um  | 13 | 52   |   |
| Dois                                      | 10 | 40   |   |
| Três                                      | 1  | 4    |   |
| Quatro                                    | 1  | 4    |   |
| <b>Escolaridade das Mães (n=25)</b>       |    |      |   |
| ensino médio (2º grau) completo           | 1  | 4    |   |
| Superior Incompleto                       | 9  | 36   |   |



| <b>Característica</b>                                      | <b>N</b> | <b>%</b> | <b>Média/Desvio Padrão</b>           |
|--|----------|----------|--------------------------------------|
| pós graduação  | 9        | 36       |                                      |
| superior completo  | 4        | 16       |                                      |
| Outro  | 2        | 8        |                                      |
| <b>período de licença maternidade (n=25)</b>               |          |          |                                      |
| 6 meses  | 14       | 56       |                                      |
| 4 meses  | 8        | 32       |                                      |
| não teve   | 3        | 12       |                                      |
| <b>Qual a sua renda familiar? (n=25)</b>                   |          |          |                                      |
| de 1 a 3 salários  | 2        | 8        |                                      |
| de 3 a 5 salários  | 4        | 16       |                                      |
| de 5 a 10 salários   | 4        | 16       |                                      |
| maior que 10 salários                                      | 15       | 60       |                                      |
| <b>A criança mamou na 1ª hora de vida (n=22)</b>           |          |          |                                      |
| Sim  | 18       | 82       |                                      |
| Não  | 4        | 18       |                                      |
| <b>Idade que a criança ficou em AME* (n=22)</b>            |          |          |                                      |
| até 1 mês  | 1        | 5        |                                      |
| até 3 meses  | 3        | 14       |                                      |
| até 4 meses  | 4        | 18       | Média = 6 meses /<br>DP+ = 1,6 meses |
| até 5 meses  | 4        | 18       |                                      |
| até 6 meses  | 6        | 27       |                                      |
| até mais de 6 meses  | 4        | 18       |                                      |
| <b>Primeiro alimento introduzido da AC**? (n=22)</b>       |          |          |                                      |
| Fruta  | 13       | 59       |                                      |
| leite ou fórmula láctea                                    | 3        | 14       |                                      |
| Suco   | 3        | 14       |                                      |
| papa salgada   | 2        | 9        |                                      |
| Outro  | 1        | 5        |                                      |
| <b>Quem orientou sobre introdução da AC**? (n=22)</b>      |          |          |                                      |
| Pediatra   | 13       | 59       |                                      |
| pediatra e nutricionista                                   | 2        | 9        |                                      |
| pediatra e familiares/amigos                               | 2        | 9        |                                      |
| Nutricionista  | 1        | 5        |                                      |
| familiares/amigos  | 1        | 5        |                                      |
| Ninguém  | 1        | 5        |                                      |
| pediatra/livros e manuais                                  | 1        | 5        |                                      |
| nutricionista familiares/amigos internet livros ou manuais | 1        | 5        |                                      |
| <b>Total</b>   |          | 100      |                                      |

\*AME: aleitamento materno exclusivo \*\*AC: alimentação complementar

A amostra foi composta por 25 mães que estavam predominantemente na faixa etária entre 20 e 29 anos (56%), em sua maioria (n=22 45,5%) com filhos que se enquadravam na faixa de 41 a 57 meses. A maior parte das mães possuía apenas 1 filho (52%), tinha grau de escolaridade elevado (52% - somada amostra com ensino superior completo e pós graduação), teve “6 meses de licença maternidade” (56%) e possuía elevado poder aquisitivo (60% - mais de 10 salários mínimos). Sobre o aleitamento materno e aspectos da alimentação complementar, 22 mães responderam que as crianças

receberam “aleitamento materno na primeira hora de vida” (82%), ficou em aleitamento exclusivo “até 6 meses” (27%), recebeu como “primeiro alimento introduzido na alimentação complementar a fruta” (59%) e que para a introdução da alimentação complementar, a mãe foi principalmente orientada pelo pediatra (59%) (ver Tabela 1). É interessante apresentar alguns valores mínimos e máximos para ter uma “imagem” dos extremos da população que compuseram o estudo. A idade das mães variou entre 20 e 48 anos, o peso entre 48 e 88 Kg e o Índice de Massa Corpórea de 18,14Kg/m<sup>2</sup> a 36,6Kg/m<sup>2</sup>.

Segundo o Censo Demográfico de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia IBGE<sup>10</sup>, a taxa de fecundidade de mulheres residentes na área urbana do Distrito Federal é de 1,92, o que está acima do número de filhos apresentado pelas mães abordadas no estudo. Isso pode ser justificado pela alta renda e alto grau de escolaridade (o mesmo estudo demonstra taxa de fecundidade de 1,2 em mulheres do Distrito Federal com ensino superior completo). As mães com ensino superior completo tiveram em média 1,14 filhos em 2010, enquanto a taxa alcançou 3,09 descendentes entre mulheres sem instrução e com ensino fundamental incompleto<sup>10</sup>. Segundo outra pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia, IBGE<sup>11</sup> sobre o perfil socioeconômico de mães do Distrito Federal, quanto ao grau de instrução, a população do estudo está dentro do perfil que o IBGE apresenta (onde mais de 60% da amostra apresenta mais de 8 anos de estudo). Quanto ao poder aquisitivo apresentado pela população de estudo se mostrou acima da média da Região Centro-Oeste apresentada na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, IBGE<sup>12</sup>, onde a renda média é de 3,7 salários mínimos.

Quanto a amamentação exclusiva, Ferreira<sup>13</sup> demonstra que há uma diferença positiva no estado nutricional de crianças que foram amamentadas exclusivamente até o 6 meses de idade, o que confirma os resultados encontrados no presente estudo pois a grande porcentagem de crianças eutróficas apresentadas nos resultados pode ser diretamente relacionado ao alto percentual de crianças que ficaram em aleitamento materno exclusivo pelo menos entre 5 e 6 meses (somados, representam mais de quase a metade das crianças – 45%). Na “2ª Pesquisa de prevalência do aleitamento materno”, do Ministério da Saúde<sup>14</sup> é apresentado que 72,5% das crianças pesquisadas no Distrito Federal mamaram na primeira hora de vida, demonstrando que a população do estudo atual apresenta índices de 82%, o que está acima do percentual apresentado no Distrito Federal há 4 anos atrás. Quanto ao aleitamento materno exclusivo, a mesma pesquisa demonstra que a prevalência em menores de 6 meses é de 50% da população do Distrito

Federal, o que demonstra que a população do presente estudo apresenta piores resultados. Demonstrando assim, que mães com nível de instrução elevado, e maior poder aquisitivo tem a tendência de amamentar exclusivamente seus filhos por maior tempo.

**Tabela 2 – Caracterização segundo parâmetros antropométricos da população de mães e crianças. Brasília, DF, 2013.**

| Parâmetro   | n  | %    | Média/ Desvio Padrão   |
|---|----|------|--|
| <b>Peso mãe (kg) (n=24)</b>                         |    |      | Média=62,6 Kg / DP $\pm$ =10,39 Kg                           |
| de 48 a 58  | 11 | 46,0 |  |
| de 59 a 68  | 7  | 29,0 |  |
| de 69 a 78  | 4  | 16,6 |  |
| de 79 a 88  | 2  | 8,4  |  |
| <b>Altura mãe (m) (n=24)</b>                        |    |      | Média=1,6m / DP $\pm$ =0,05m                                 |
| de 1,50 a 1,60                                      | 8  | 33,3 |  |
| de 1,61 a 1,70                                      | 15 | 62,5 |  |
| de 1,71 a 1,80                                      | 1  | 4,2  |  |
| <b>IMC* mãe (Kg/m<sup>2</sup>) (n=24)</b>           |    |      | Média=23,6Kg/m <sup>2</sup> / DP $\pm$ =4,2Kg/m <sup>2</sup> |
| abaixo de 18,49                                     | 1  | 4,2  |  |
| de 18,5 a 24,9                                      | 19 | 79   |  |
| de 25,0 a 29,9                                      | 2  | 8,4  |  |
| acima de 30,0                                       | 2  | 8,4  |  |
| <b>Peso ao nascer da criança (Kg) (n=21)</b>        |    |      | Média=3,2Kg / DP $\pm$ =0,4Kg                                |
| de 2 a 3  | 6  | 28,6 |  |
| de 3,1 a 4  | 15 | 71,4 |  |
| <b>Comprimento ao nascer da criança (cm) (n=22)</b> |    |      | Média=48,9cm / DP $\pm$ =2,13cm                              |
| de 45 a 50  | 17 | 77,3 |  |
| de 51 a 55  | 5  | 22,7 |  |
| <b>Peso atual da criança (Kg) (n=22)</b>            |    |      | Média=15,2Kg / DP $\pm$ =2,89Kg                              |
| de 9 a 15   | 11 | 50,0 |  |
| de 16 a 20  | 10 | 45,5 |  |
| acima de 20   | 1  | 4,5  |  |
| <b>Altura atual da criança (m) (n=21)</b>           |    |      | Média=1,01m / DP $\pm$ =0,51m                                |
| de 0,80 a 0,90                                      | 4  | 19,1 |  |
| de 0,91 a 1,00                                      | 7  | 33,3 |  |
| acima de 1,00                                       | 10 | 47,6 |  |

\*IMC: índice de massa corpórea

Em relação aos aspectos antropométricos das mães, a população ficou caracterizada por a maior parte se enquadrar na faixa de peso entre 48 e 58Kg (46%), por ter altura entre 1,61 e 1,70m (62,5%) e por ter IMC entre 18,5 e 24,9 Kg/m<sup>2</sup>, o que as caracteriza, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998)<sup>15</sup> como eutróficas. Tratando-se das crianças, a maior parte nasceu com mais de 3kg (n=21 71,4%), e se enquadra, segundo Rojas<sup>16</sup> (2013), no padrão de peso adequado ao nascer

(que varia entre 2,5Kg e 4,5Kg) e com comprimento entre 45 e 50cm (n = 22 77,3%). Atualmente, metade das crianças possuiu entre 9 e 15kg e a maioria possui mais de 1 metro de altura (n=21 47,6%).

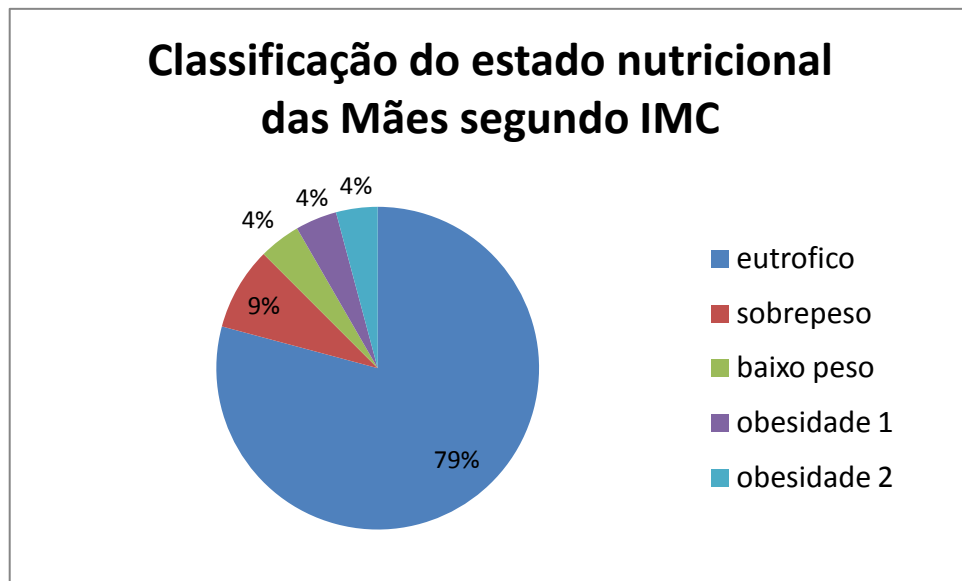


Figura 1: classificação do estado nutricional das mães segundo o índice de massa corpórea (OMS, 1998)<sup>15</sup>

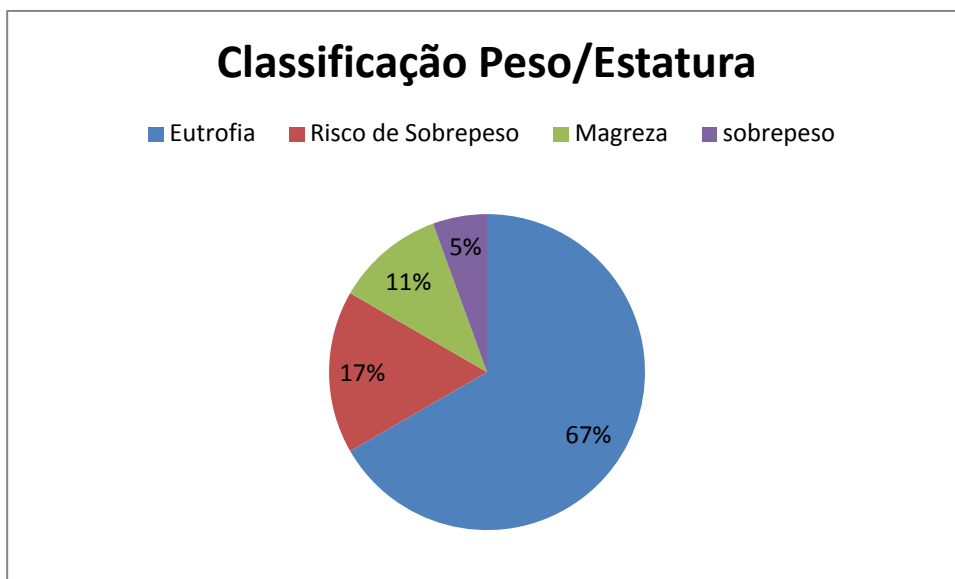


Figura 2: classificação segundo Peso/Estatura do estado nutricional das crianças (OMS, 2006)<sup>17</sup>

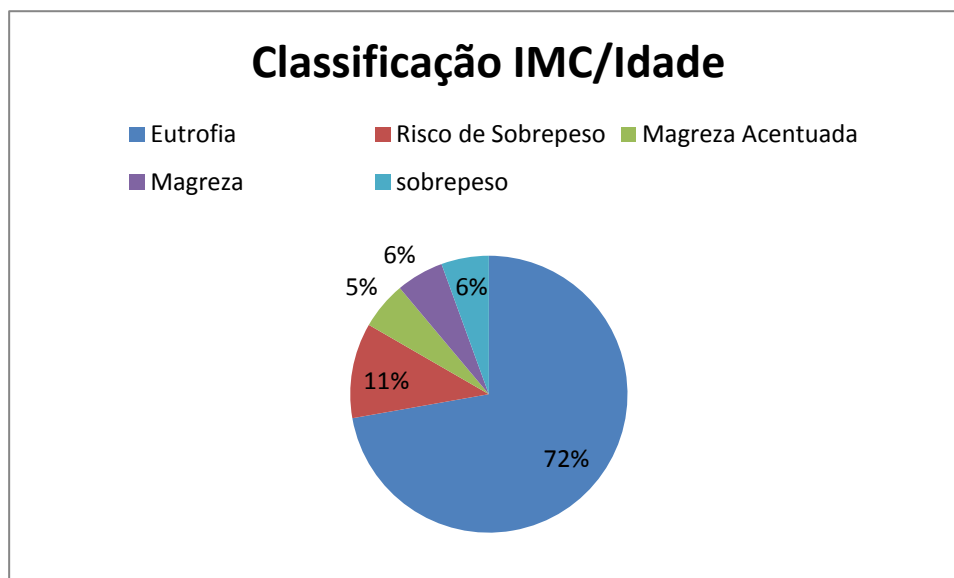


Figura 3: classificação segundo IMC/Idade do estado nutricional das crianças (OMS, 2006)<sup>17</sup>

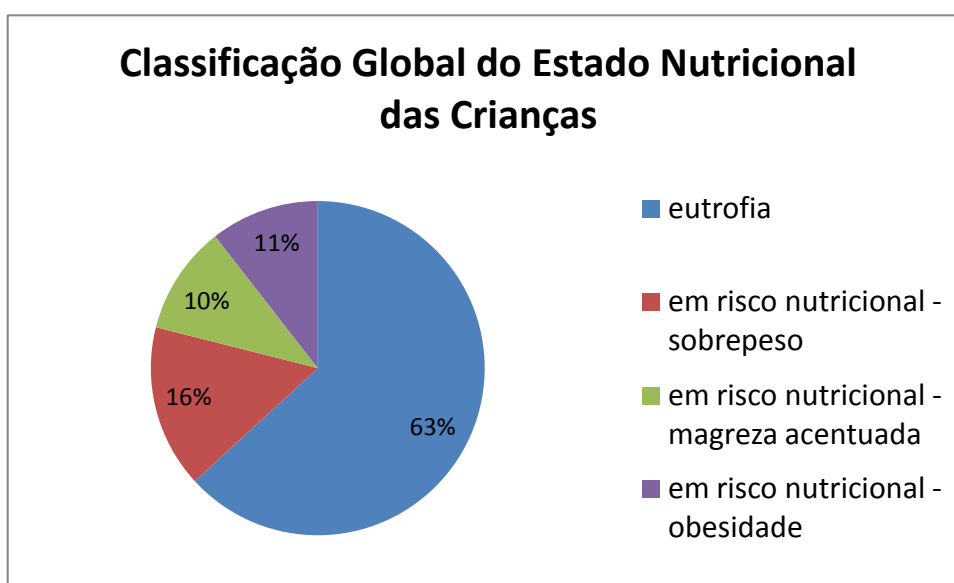


Figura 4: classificação global do estado nutricional das crianças (OMS, 2006)<sup>17</sup>

Através das figuras é possível concluir que a maior parte da população estudada, tratando-se tanto das mães como das crianças, está com o estado nutricional adequado - não foram apresentadas as figuras de Peso/Idade e Estatura/Idade pois 100% das crianças estão adequadas. Porém, é também possível observar que os casos que não se enquadram na classificação de “Eutrofia” estão em sua maioria relacionados ao excesso de peso e obesidade – 17% das mães (n=24) e 27% (n=19) das crianças tratando-se da classificação global do estado nutricional, 67% (n=19) tem peso adequado para estatura,

72% (n=19) possuem índice de massa corpórea adequada para a idade, e 100% (n=19) possuem peso adequado para a idade e estatura adequada para a idade.

Segundo Gigante<sup>18</sup> as prevalências de excesso de peso em mulheres adultas encontradas em seu estudo são de 46% e as de obesidade de 15%. A Pesquisa de Orçamentos Familiares, POF<sup>19</sup> 2008-2009 apresenta prevalência de excesso de peso em mulheres de 48% e obesidade 17%. É possível observar que a população das mães do estudo – demonstrada na Figura 1 - apresenta um quadro melhor de estado nutricional do que o apresentado sobre o Brasil nos estudos supracitados, e é apontado na POF<sup>19</sup> que a obesidade e o excesso de peso são problemas de saúde pública de grande importância para o país.

Pazin<sup>20</sup> apresenta em seu estudo dados de estado nutricional de crianças de 2 a 8 anos que nos permitem comparar os resultados encontrados com a população de estudo. As crianças avaliadas por Pazin<sup>20</sup> encontravam-se em sua maioria nos parâmetros de Peso/Estatura, Peso/Idade, Estatura/Idade e IMC/Idade, em eutrofia. A classificação de Peso/Estatura, Peso/Idade, Estatura/Idade e IMC/Idade e do Estado Nutricional Global das crianças do estudo, revela esse mesmo padrão. O estudo do mesmo autor ainda demonstra que os casos que não estavam adequados, eram em maior parte relacionadas ao peso elevado ou risco de sobrepeso, exatamente como encontrado na população do presente estudo, e ainda Pazin<sup>20</sup> enfatiza o aumento da obesidade e sobrepeso infantil na população mundial, (cerca de 7% da população mundial está obesa e três vezes mais crianças estão com sobrepeso). A diferença encontrada entre o estudo de Pazin<sup>20</sup> e o atual está na adequação de 100% das crianças nos parâmetros Peso/Idade e Estatura/Idade.

**Tabela 3 – Descrição do *Comprehensive feeding practices questionnaire* traduzido (CFPQt) segundo Valor Referencia de Musher. Brasília, DF, 2013**

| Questões do CFPQt traduzido  | Média | Valor Referência**<br>(Musher ,2007) |
|--|-------|--------------------------------------|
| 1. Controlo os doces (bala, sorvete, bolo, torta, docinhos e outros) que meu filho come.   | 4,41  | 4,54                                 |
| 2. Controlo os salgadinhos de pacote que meu filho come (Ruffles®, Doritos®, Cheetos®).  | 4,67  | 4,49                                 |
| 3. Controlo os alimentos com excesso de gordura (fritura, carnes gordas ou com pele, biscoito recheado e outros) que meu filho come. | 4,22  | 3,86                                 |
| 4. Controlo a quantidade de bebidas açucaradas (refrigerante, suco em pó e de caixinha) que meu filho bebe.                          | 4,22  | 4,69                                 |

|   |      |       |
|---|------|-------|
| 5. Deixo meu filho comer o que ele quer.  | 2,11 | 2,43  |
| 6. Nas refeições do almoço e do jantar, eu deixo meu filho escolher o que ele quer dentro daquilo que foi preparado.  | 3,07 | 3,17  |
| 7. Quando meu filho fica agitado, procuro dar-lhe algo para comer.  | 1,67 | 1,89  |
| 8. Dou a meu filho algo para comer ou beber caso ele esteja sem nada para fazer, mesmo achando que ele está sem fome.   | 1,30 | 1,60  |
| 9. Dou a meu filho algo para comer ou beber caso ele esteja triste, mesmo achando que ele está sem fome.  | 1,48 | 1,55  |
| 10. Se meu filho não gostar do que está sendo servido, preparo outra coisa.   | 2,22 | 2,53  |
| 11. Deixo meu filho fazer lanches sempre que quer.  | 2,07 | 2,65  |
| 12. Permito que meu filho deixe a mesa quando está satisfeito, mesmo que sua família não tenha terminado.   | 3,15 | 3,26  |
| 13. Incentivo meu filho a comer alimentos saudáveis antes dos não saudáveis.  | 4,33 | 4,38  |
| 14. A maioria dos alimentos que tenho em casa é saudável.   | 4,04 | 4,17  |
| 15. Eu envolvo meu filho no planejamento das refeições da família   | 3,48 | 3,68  |
| 16. Tenho sempre salgadinhos de pacote (Ruffles®, Doritos®, Cheetos®) em minha casa.  | 1,70 | 2,11  |
| 17. Meu filho deve sempre comer toda a comida que está em seu prato.  | 2,93 | 1,69* |
| 18. Preciso garantir que meu filho não coma muitos alimentos gordurosos (fritura, carnes gordas ou com pele, biscoito recheado e outros).                       | 4,07 | 2,80* |
| 19. Eu ofereço a meu filho seus alimentos preferidos em troca de um bom comportamento.  | 1,89 | 1,98  |
| 20. Eu deixo meu filho ajudar a preparar as refeições da família.   | 3,70 | 3,92  |
| 21. Se eu não regulasse a alimentação do meu filho, ele comeria uma quantidade excessiva de seus alimentos favoritos.   | 3,00 | 3,22  |
| 22. Uma variedade de alimentos saudáveis está disponível para o meu filho em cada refeição servida em minha casa.   | 4,37 | 4,61  |
| 23. Eu ofereço doces (balas, sorvete, bolo, docinhos e outros) para o meu filho como recompensa por bom comportamento.  | 1,59 | 2,17* |
| 24. Eu incentivo meu filho a experimentar novos alimentos.  | 4,63 | 4,86  |
| 25. Eu converso com meu filho sobre a importância de se comer alimentos saudáveis   | 4,33 | 4,43  |
| 26. Digo a meu filho que alimentos saudáveis são gostosos.  | 4,63 | 4,47  |
| 27. Incentivo meu filho a comer menos para que não fique gordo.   | 2,07 | 1,24* |
| 28. Se eu não regulasse a alimentação do meu filho, ele comeria muita “besteira” (junk food - alimentos não saudáveis, como refrigerantes, doces e sanduíches). | 3,15 | 2,85  |
| 29 – Eu dou pequenas porções de alimentos ao meu filho para controlar seu peso.   | 1,85 | 1,43  |
| 30. Se meu filho diz: “Não estou com fome”, tento fazer com que coma mesmo assim.   | 2,74 | 2,20* |
| 31. Eu converso com meu filho sobre o valor nutricional dos alimentos.  | 3,52 | 3,84  |
| 32. Eu estimulo meu filho a participar das compras de supermercado.   | 3,74 | 3,91  |
| 33. Se meu filho come mais do que o normal em uma refeição, tento restringir o que ele come na refeição seguinte.   | 1,81 | 1,18* |

|   |      |       |
|---|------|-------|
| 34. Limito os alimentos que meu filho come e que podem fazê-lo engordar.  | 2,44 | 2,42  |
| 35. Há certos alimentos que meu filho não deve comer, pois o deixarão gordo.                                    | 2,33 | 1,92  |
| 36. Eu proibido que meu filho coma doces ou seus alimentos preferidos em resposta a um mau comportamento.       | 2,56 | 2,00* |
| 37. Tenho sempre doces (bala, sorvete, bolo, torta, docinhos e outros) em minha casa.                           | 2,30 | 1,89  |
| 38. Estimulo meu filho a comer uma variedade de alimentos saudáveis.  | 4,67 | 4,72  |
| 39. Se meu filho come apenas uma pequena porção, tento fazer com que ele coma mais.                             | 3,37 | 2,63* |
| 40. Tento garantir que meu filho não coma uma quantidade excessiva de seus alimentos favoritos.                 | 3,00 | 2,45* |
| 41. Não deixo meu filho beliscar entre as refeições porque não quero que ele engorde.                           | 2,48 | 1,17* |
| 42. Eu digo a meu filho o que ele deve ou não comer sem explicar o motivo.                                      | 1,59 | 4,40* |
| 43. Procuro garantir que meu filho não coma muitos doces (balas, sorvete, bolo ou docinhos)                     | 4,15 | 3,12* |
| 44. Eu como de forma saudável para servir de exemplo para meu filho.  | 4,11 | 4,27  |
| 45. Coloco meu filho de dieta com frequência para controlar seu peso  | 1,26 | 1,01  |
| 46. Eu como alimentos saudáveis na frente do meu filho, mesmo que não sejam os meus favoritos.                  | 3,85 | 4,16  |
| 47. Eu tento demonstrar empolgação ao comer alimentos saudáveis.  | 4,48 | 4,64  |
| 48. Eu mostro a meu filho o quanto eu gosto de comer alimentos saudáveis.                                       | 4,56 | 4,54  |
| 49. Quando meu filho diz que já terminou de comer, procuro fazer com que ele coma mais colheradas de seu prato. | 3,00 | 2,62  |

**\*\*Foram utilizados os valores de referência correspondentes a etapa “study 3” do estudo “Comprehensive Feeding Practices Questionnaire: Validation of a New Measure of Parental Feeding Practices” de Musher<sup>6</sup>, 2007.**

É valido destacar na tabela acima que os valores encontram-se entre “1” corresponde a “discordo totalmente” e “5” a “concordo totalmente”. O presente estudo apresentou 12 divergências (valores assinalados com \*) em relação ao estudo original utilizado como base. Analisando os resultados obtidos da média de resposta dos itens entre o presente estudo e o de Musher<sup>6</sup>, foi observado que: na categoria “Alimento como recompensa”. As questões 23 e 36 obtiveram melhor avaliação; na categoria “Restrição para controle do peso” as questões 18, 27, 33 e 41 apresentaram resultados mais próximos do esperado. Na categoria “Restrição por saúde”, as questões 40 e 43 aproximaram-se mais do valor ideal; em relação à categoria “Ensino sobre nutrição”, a



questão 42 obteve melhor resultado; na categoria “Pressão” na questão 17, 30 e 39 obtiveram valor acima do esperado.

Nas demais categorias – “Monitoramento”, “Regulação Emocional”, “Controle da Criança”, “Modelo”, “Incentivo ao equilíbrio e variedade”, “Envolvimento”, “Ambiente”- não foram observadas discrepâncias significantes.

## **Correlações**

Dos pares analisados, a correlação entre “alimentos marcadores de alimentação saudável da mãe” e “alimentos marcadores de alimentação saudável da criança” se mostrou significativa ( $p=0,004$ ), com coeficiente de correlação de Spearman ( $\rho$ ) com valor de  $\rho=0,561$  – indicando que há uma correlação moderada entre a ingestão materna de alimentos saudáveis sobre a ingestão de alimentos dos filhos saudáveis. Da mesma maneira, a correlação entre a “ingestão de alimentos não saudáveis pela mãe” e “ingestão de alimentos não saudáveis pela criança”, também se apresentou significativa ( $p=0,025$ ), como coeficiente de correlação de Spearman indicando uma correlação moderada ( $\rho=0,446$ ), demonstrando que o hábito de ingestão de alimentos não saudáveis pela mãe pode influenciar que os filhos consumam esse tipo de alimentos. Este resultado obtido é o esperado, pois Ferreira<sup>13</sup>, discute em seu estudo justamente a relação entre a renda e a escolaridade materna com o estado nutricional da criança e conseqüentemente o hábito de ingerir alimentos saudáveis conforme a mãe o tenha.

As próximas correlações a serem listadas, não apresentaram significância ( $p>0,05$ ) e por isso, não pode ser afirmado se as correlações apresentadas ocorreram ao acaso ou não. “Comer assistindo TV” com “Estado Nutricional da Criança” ( $\rho=0,345$ ;  $p=0,175$ ) apresentou correlação moderada, “Estado Nutricional da Mãe” com “Estado Nutricional da Criança” ( $\rho=-0,111$ ;  $p=0,682$ ) apresentou a correlação negativa e fraca. A “Idade que a criança permaneceu em Aleitamento Materno” com “Estado Nutricional da Criança” ( $\rho=0,329$ ;  $p=0,197$ ), mostrou correlação moderada. Foi feita correlação do “Estado Nutricional da Criança” com a “Renda Familiar” ( $\rho=0,189$ ;  $p=0,467$  – correlação fraca) e com “Escolaridade Materna” ( $\rho=0,296$ ;  $p=0,248$  – correlação moderada). A correlação do “Estado Nutricional da Mãe” também foi feita com a “Escolaridade da Mãe” ( $\rho=0,098$ ;  $p=0,648$  – correlação fraca) e com “Renda Familiar” ( $\rho=-0,15$ ;  $p=0,485$  – correlação negativa e fraca).

Apesar dessas correlações não terem sido significativas, essas variáveis são conhecidos indicadores sociais relacionados à alimentação em geral, como demonstrado em outros estudos. A exemplo disso, Schuch<sup>21</sup>, demonstrou que a escolaridade da mãe interferem no estado nutricional, e sugere que uma maior renda reflete em uma maior possibilidade de aquisição de alimentos saudáveis. A partir disso, infere-se que uma maior renda e uma maior escolaridade favorecem o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis. Assim, é importante que se mantenha a preocupação de correlacioná-las no estudo de seguimento, aumentando o número de amostras analisadas. Diferente da correlação fraca e não significância existente quando correlacionados o estado nutricional materno e do estado nutricional da criança, Souza<sup>22</sup> demonstra que existe sim uma forte influência exercida sobre o estado nutricional dos pai sobre os filhos, isso, justificado pelo grande compartilhamento de informações genéticas, pelos hábitos desenvolvidos em conjunto, ambiente comum e condições socioeconômicas. Rodrigues<sup>23</sup> e Viana<sup>24</sup> revelam que o hábito de assistir televisão durante as refeições está sim relacionado ao maior consumo de alimentos não saudáveis – com excesso de gordura e açúcares em sua composição- que conseqüentemente influenciam em um pior estado nutricional, o que reforça a correlação moderada que foi apresentada no estudo entre “Comer Assistindo TV” e o “Estado Nutricional Da Criança”.

### **Falhas identificadas ao longo da pesquisa e sugestões de melhorias**

Ao longo da execução da pesquisa, por meio da observação da equipe envolvida no estudo, e por sugestão dos participantes, foram identificadas algumas falhas, passíveis de correção, para uma futura replicação do estudo para obter resultados com menos vieses. Na primeira parte, uma descrição do público alvo da pesquisa, minimizaria o desconforto que certos participantes sentiram ao responder com “Sim” a questão que finalizava o questionário, caso o filho tivesse alguma alergia ou intolerância alimentar. O programa de coleta de dados, pelo pacote escolhido, não pode ser configurado para finalizar a disponibilidade do link quando atingisse o número definido de sujeitos. Ainda nesta etapa, uma orientação para mães com mais de um filho, para escolherem um filho para focar as respostas do questionário. Uma sugestão seria escolher baseado na ordem alfabética, baseado na primeira letra do nome da Criança,

para não sugerir a criança mais velha ou mais nova, e enviar a distribuição da amostra por idade.

Já no desenvolvimento da pesquisa, a padronização dos formatos de respostas para certas perguntas (escolher no programa o formato do preenchimento de datas ou parâmetros antropométricos), ou a orientação de como preencher quando essa configuração prévia não for possível. Essa orientação deverá vir explicando o formato desejado de resposta no cabeçalho da questão.

Quanto ao questionário, *Comprehensive feeding practices questionnaire* traduzido, a sugestão é de que fique organizado em mais páginas, para que os respondentes possam continuar observando as opções de “discordo totalmente” a “concordo totalmente” no topo da página, e não haja confusão de respostas. Os sujeitos da pesquisa também fizeram críticas mais específicas, como: existem questões repetitivas que confundem; os alimentos preferidos podem ser alimentos saudáveis, e não necessariamente alimentos que façam mal à saúde; quando se fala de chocolate, é interessante especificar o tipo, pois os com maior porcentagem de cacau são saudáveis; Quanto aos Questionários de Frequência Alimentar, seria interessante utilizar tanto para as mães, como para as crianças, um que fosse do mesmo autor (para ter uma padronização na forma que os grupos são alimentares apresentados), e tivesse a mesma base (exemplo - dia; semana; mês;). Os utilizados na pesquisa eram de Colucci<sup>26</sup> e do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)<sup>27</sup> e possuíam base e escalas de respostas com padrões diferentes, o que dificulta a análise posterior dos dados coletados, e a realização de possíveis testes estatísticos. Apesar dessa dificuldade de análise, foram escolhidos esses pela equipe do estudo por serem as melhores opções disponíveis atualmente para os dois grupos.

## **Conclusão**

Este trabalho cumpriu os objetivos identificando que o instrumento proposto precisa de algumas reestruturações, a fim de coletar os dados com maior precisão. Ainda deve ser aplicado em uma população representativa, a fim de calibrar o instrumento e poder gerar dados que contribuam para a construção do conhecimento na área da alimentação infantil, mais especificamente sobre a influência que os pais e o meio têm sobre ela. O perfil da população de mães mostrou-se diferente do quadro geral da população brasileira, apresentando-se com melhores resultados, tanto em questão de

grau de escolaridade, estado nutricional e renda familiar, quanto nos aspectos associados ao consumo de alimentos saudáveis. Como demonstram os estudos referenciados, pode ser observada a correlação entre a ingestão de alimentos saudáveis da mãe e da criança, reafirmando assim a influência parental na formação dos hábitos alimentares infantis.

### **Referências Bibliográficas**

- 1 - RAMOS, M.; STEIN, L. M. **Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil** Jornal de Pediatria - Vol. 76, Supl.3, 2000
- 2 - ROSSI, A.; MOREIRA, E. A. M.; RAUEN, M. S.; **Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família** Rev. Nutr., Campinas, 21(6):739-748, nov./dez., 2008
- 3 - CAVALCANTI, L. A.; CARMO, J. T. R.; PEREIRA, L. A.; ASANO, R. Y.; GARCIA M. C. L.; CARDEAL, C. M.; FRANÇA, N. M.; **Efeitos de uma intervenção em escolares do ensino fundamental I, para a promoção de hábitos alimentares saudáveis.** R. bras. Ci. e Mov 2012; 20(2):5-13.
- 4 - VIANA, V.; CANDEIAS, L.; REGO, C.; SILVA, D. **Comportamento Alimentar Em Crianças E Controle Parental: Uma Revisão Da Bibliografia** Rev. Alimentação Humana Volume 15 · Nº 1, 2009
- 5 - BIRCH, L.L., FISHER, J. O., GRIMM-THOMAS, K., MARKEY, C. N., SAWYER, R., & JOHNSON, S. L.. **Confirmatory factor analysis of the child feeding questionnaire: A measure of parental attitudes, beliefs, and practices about child feeding and obesity proneness.** Appetite, 36, 201-220, 2001
- 6 - MUSHER-EIZENMAN, D.; HOLUB, S. **Comprehensive Feeding Practices Questionnaire: Validation of a New Measure of Parental Feeding Practices.** *Journal of Pediatric Psychology*. 2007; 32(8):960-972.
- 7 - SOÁREZ PC, KOWALSKI CCG, FERRAZ MB, CICONELLI RM. **Tradução para português brasileiro e validação de um questionário de avaliação de produtividade.** Rev Panam Salud Publica. 2007;22(1):21-8.
- 8 - GIL, A. C.; **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 6ª. ed. São Paulo: Atlas, 2008
- 9 - BARBOSA, S. F. F.; SASSO, G. T. M., **Informática na pesquisa em enfermagem** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009.
- 10 - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico 2010.** Rio de Janeiro. IBGE, 2010.
- 11 - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Perfil socioeconômico da maternidade nos extremos do período reprodutivo.** Rio de Janeiro. IBGE, 2005.

- 12 - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2011**. Rio de Janeiro. IBGE, 2011.
- 13 - FERREIRA, P. A. A. e.t al, **Análise da influência de determinados fatores sobre o estado nutricional de crianças residentes em comunidades rurais de Diamantina-MG**. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 9, n. 1, p. 89-106, jan./jul. 2011
- 14 - Brasil. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- 15 - OMS. Organização Mundial da Saúde. **Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic**. World Health Organization, Geneva, 1998
- 16 - ROJAS, P. F. B.; CARMINATTI, A. P. S.; HAFEMANN, F.; STEIN, A. C.; FRANCISCO, C. C. **Fatores maternos preditivos de baixo peso ao nascer: um estudo caso-controle** Arquivo Catarinense de Medicina 2013 jan-mar; 42(1): 68-75
- 17 - OMS. Organização Mundial da Saúde **Child Growth Standards: Methods and development: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age**. Geneva: World Health Organization, 2006.
- 18 - GIGANTE, D. P. et al . **Variação temporal na prevalência do excesso de peso e obesidade em adultos: Brasil, 2006 a 2009**. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, 2011.
- 19 - IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil** [Internet]. Disponível em < [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008\\_2009\\_e\\_ncaa/comentario.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_e_ncaa/comentario.pdf)>, acesso em julho de 2013.
- 20 - PAZIN, J. R.; DONADONE, V. S.; ABREU E.S.; SIMONY, R. F. **Prevalência de sobrepeso e obesidade em pré-escolares e escolares de escolas particulares** Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 87-91, jul./dez. 2012
- 21 - SCHUCH, Ilaine et al . **Excesso de peso em crianças de pré-escolas: prevalência e fatores associados**. Jornal de Pediatria. Porto Alegre, v. 89, n. 2, Apr. 2013 .
- 22 - SOUZA, M. M.; PEDRAZA, D. F.; MENEZES, T. N. **Estado nutricional de crianças assistidas em creches e situação de (in)segurança alimentar de suas famílias**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, Dec. 2012 .
- 23 - RODRIGUES, V. M.; FIATES, G. M. R.;. **Hábitos alimentares e comportamento de consumo infantil: influência da renda familiar e do hábito de assistir à televisão**. Rev. Nutr., Campinas, v. 25, n. 3, jun. 2012 .

- 24 - VIANA, V.; SANTOS, P. L.; GUIMARAES, M. J.; **Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma revisão da literatura.** Psic., Saúde & Doenças, Lisboa, v. 9, n. 2, 2008
- 25 - COELI, M. C. et al. **Explorando os efeitos da recusa de participação na linha de base e ao seguimento sobre a validade em estudos de coorte.** Cad. Saúde Colet., 2012, Rio de Janeiro, 20 (1): 102-5
- 26 - COLUCCI ET. AL. **Desenvolvimento de um questionário de frequência alimentar para avaliação do consumo alimentar de crianças de 2 a 5 anos de idade.** *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo. 2004; 7(4):393-401.